

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

18

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Georges-Jean GODENÈCHE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 22 Janvier 1911, à SAIGNES (Cantal)

LA MORT IN-UTERO
D'UN DES FŒTUS
DANS LA
GROSSESSE GEMELLAIRE

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1936

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Georges-Jean GODENÈCHE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Né le 22 Janvier 1911, à SAIGNES (Cantal)

LA MORT IN-UTERO D'UN DES FŒTUS DANS LA GROSSESSE GEMELLAIRE

Président : M. COUVELAIRE, professeur.

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1936

I. — Professeurs

MM.

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale.....
 Pathologie médicale et générale.....
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....

ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 DESGREZ.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEI.

Pathologie expérimentale et comparée.....
 Hydrologie thérapeutique et climatologie.....

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....
 Cardiologie clinique

LAVASTINE
 FIESSINGER.
 Maur. VILLARET
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel IABBE.
 CLERC.
 LEREBOLLET.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 BRINDEAU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 SERGENT.
 BEZANCON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.

Professeurs sans chaire

HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD Henri.. Pathologie médicale.
 BERNARD Et.. Pathologie médicale.
 BESANCON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK.
 BRENTANO Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.

DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENEAU .. Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE Henri .. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU	
LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.	
AUBERTIN		
BRULE		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
VALLÉRY-RADOT		
(Fasteur)		
SEZARY		

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.	
BROcq		
CADENAT		
GATELLIER ...		
HEITZ-BOYER ..		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale.	
VELTER		
ECALLE		
GUENIOT		
LE LORIER		
LEVY-SOLAL ..		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

*En témoignage de grande affection et
de profonde reconnaissance.*

A MON FRERE ET A MA BELLE-SŒUR

A MA NIECE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
En hommage très respectueux.*

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur SAUVE
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Monsieur le Professeur Léon BERNARD
(*in memoriam*)

Monsieur le Docteur André RAVINA
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur Maurice DEBRAY
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur DEVRAIGNE
Accoucheur de Lariboisière

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur Jean RAVINA

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

*Qui m'a inspiré le sujet de ce travail
et m'a guidé au cours de son élaboration.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le témoi-
gnage de ma profonde gratitude et de
mon respectueux attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE CLERMONT-FERRAND

A Monsieur le Docteur DIONIS DU SEJOUR

A Monsieur le Docteur BUREAU

A Monsieur le Docteur CHAUMERLIAC

A Monsieur le Docteur Antony BARRIER

Chirurgien à Clermont-Ferrand

*Qui fut pour moi, au cours de mes
études, le guide le plus dévoué.
Avec l'assurance de mon entier dé-
vouement.*

A MES CAMARADES

Les Docteurs Gaston DOUNET, Louis GIBERT,
Antoine MICHEL, Pierre VERMENOUEZ,
Jules VIERS.

M. Antony PEYTHIEU, *Chirurgien-Dentiste.*

INTRODUCTION

Au cours de notre externat dans le service de M. le Docteur Devraigne, à la maternité de l'Hôpital Lariboisière, nous avons été amené à accoucher, le 26 avril 1935, une femme qui a expulsé un garçon vivant, normalement constitué, pesant 3.000 grammes et, quelques instants après, un fœtus du sexe masculin pesant 1.930 grammes, mort et fortement macéré. La délivrance univitelline pesait 690 grammes.

Vivement intéressé, nous avons recherché dans la littérature médicale ce qui avait trait à de semblables faits.

Peu fréquentes sont les observations de la mort d'un des fœtus *in utero*, alors que l'autre fœtus continue son évolution normale jusqu'au terme de la grossesse.

Mais pour être relativement rares, ces cas n'en présentent pas moins un réel intérêt à la fois pathogénique et clinique. C'est à ce double point de vue que nous étudierons cette question.

HISTORIQUE

Depuis longtemps de semblables observations sont rapportées par les accoucheurs qui expliquaient la mort d'un seul des deux fœtus par des commentaires purement hypothétiques.

Peu, en 1694, dans son « Traité pratique des accouchements », relate le premier, l'observation d'une grossesse gemellaire, au cours de laquelle un des fœtus succomba et il considère ce fait comme un phénomène presque mystérieux.

Mauriceau, dans son traité sur « Les Maladies des Femmes grosses », cite une observation analogue.

Baudelocque, dans son « Traité de l'art des accouchements », cite une observation dans laquelle un des enfants était à terme et bien portant, l'autre mort, très macéré et d'un poids inférieur à celui de son frère. Il attribue cette mort fœtale à un traumatisme maternel.

Observation analogue de Désormeaux, dans un « Bulletin de la Faculté » de 1818.

En 1825, Perez, dans le « Journal Universel », nous raconte l'histoire d'une femme qui, après avoir expulsé un fœtus du sexe masculin, petit et bien vivant, expulsa au milieu d'une masse noire et fongueuse un fœtus mort du sexe féminin.

Charrier, en 1850, présenta à la « Société d'Anatomie de Paris », un placenta fait d'une partie atrophiée et dégénérée appartenant à un fœtus mort et d'une seconde partie parfaitement normale, appartenant à un enfant vivant et à terme.

Depaul, en 1851, présenta à la « Société d'Anatomie de Paris », un cas de grossesse gemellaire avec un fœtus vivant à terme, en examinant le placenta, il trouva une petite poche aplatie contenant un placenta rudimentaire avec un fœtus de trois mois environ, aplati transversalement, desséché et ayant une épaisseur de un demi-centimètre.

En 1853, Gazeaux a montré à son cours, un placenta provenant d'une femme acouchée à terme d'un enfant vivant, deux poches amniotiques constituaient ce placenta. L'une appartenant à l'enfant vivant, l'autre, plus petite, contenant peu de liquide, renfermait un petit fœtus momifié.

En 1875, Golay rapporte un cas de grossesse gemellaire dans laquelle « l'un des fœtus avait été aplati vers deux mois et demi ou trois mois par l'autre qui s'était normalement développé ».

Dans un bulletin de la « Société de Chicago » (2 juin 1885), Etheridge publie un cas où l'un des fœtus avait les dimensions d'un embryon de trois mois, avec un placenta dégénéré et une insertion marginale du cordon, alors que l'autre fœtus, bien constitué, est né vivant et à terme.

Verrier, en 1895, a présenté à la « Société de Gynécologie de Paris », un placenta provenant d'une

grossesse gemellaire : « l'un des fœtus, qui pesait 2.500 grammes, avait succombé pendant le travail et avait été expulsé spontanément ; au délivre était attaché le deuxième fœtus qui était aminci comme une feuille de papier et paraissait âgé de trois mois environ ».

Davenport suppose que la mort d'un des embryons dans les premières semaines de la gestation est plus fréquente qu'on ne le croit et apporte une hypothèse pathogénique sur laquelle nous reviendrons.

En 1913, Bar amorce une discussion pathogénique sur ce sujet.

En septembre 1933, le Docteur P. Avella, assistant étranger à la Faculté de Médecine de Paris, rapporte douze observations de grossesse gemellaires avec mort *in utero* de l'un des fœtus.

Nous avons recherché, dans les archives de la Clinique Baudelocque et dans les archives de la Maternité de Lariboisière, de 1920 à 1935 inclus, des observations ayant trait à de semblables faits ; nous avons recueilli 10 observations, et étant donné le grand nombre d'accouchements faits dans ces deux services, nous voyons la rareté de ces cas.

OBSERVATIONS

Obs. I

(*Service de Monsieur le Docteur DEVRAIGNE*)

G... H..., âgée de 29 ans. C'est une troisième geste, chez qui on ne relève rien de particulier dans les antécédents ; les deux premiers accouchements, en 1911 et en 1913, ont été normaux. Les enfants vivants sont en excellente santé.

Dernières règles du 15 au 20 juillet 1934.

Grossesse bien supportée, suivie à Lariboisière.

Elle entre directement à la salle de travail le 26 avril 1935, à 9 heures. A l'entrée : tête en bas engagée, dos à gauche, les bruits du cœur sont bons. On perçoit sous le foie un pôle qui a les caractères d'une tête. Au toucher : dilatation comme 5 francs.

A 10 heures 30 : rupture spontanée des membranes, liquide clair.

A 11 heures 40 : expulsion en occipito-pubienne d'un garçon vivant pesant 3.000 grammes.

A 12 heures : les douleurs reprennent, un siège apparaît à la vulve et presque instantanément expulsion d'un fœtus du sexe masculin mort et fortement macéré, pesant 1.930 grammes.

A 12 heures 45 : délivrance naturelle complète pesant 690 grammes.

Grossesse univitelline, il y a des anastomoses entre les deux placentas. Le cordon correspondant au fœtus mort était grêle et enroulé plusieurs fois sur son axe.

Suites de couches normales. Une réaction de Bordet-Wassermann, faite pendant les suites de couches, a été négative.

Obs. II

(Service de Monsieur le Docteur DEVRAIGNE)

G... A..., âgée de 23 ans, primipare, a eu quatre frères et une sœur bien portants, deux frères morts en bas-âge. Mère en bonne santé. Père décédé de tumeur à l'âge de 58 ans. Rien dans ses antécédents personnels.

Dernières règles du 1^{er} au 5 octobre 1934. Grossesse suivie en ville, rien d'anormal n'a été signalé.

Début du travail le 8 juin 1935, à 8 heures ; à 17 heures, elle entre à la salle de travail.

Utérus étalé ; hauteur utérine, 36 centimètres. On trouve un pôle céphalique tendant à filer dans la fosse iliaque gauche ; un pôle podalique sous le foie ; les bruits du cœur sont bons. Au toucher, la dilatation est complète, rupture artificielle de la poche des eaux, issue d'un liquide teinté. On sent alors un pôle céphalique, présentant très nettement la crépitation au sac de noix ; on fait alors seulement le diagnostic de gemellité.

A 18 heures, expulsion d'un fœtus du sexe masculin pesant 1.000 grammes, macéré depuis long-

temps ; l'épiderme est desquamé, les os du crâne chevauchent, le cordon de couleur brun foncé est très infiltré.

A 18 heures 30, expulsion d'un garçon vivant pesant 1.100 grammes, n'ayant pas de malformation mais qui mourut 24 heures après sa naissance.

A 19 heures, délivrance naturelle complète pesant 420 grammes, une seule masse placentaire, ovoïde, la face utérine d'aspect normal, la face fœtale présente deux poches, dans la cloison médiane on distingue deux amnios. Il y a de nombreuses anastomoses entre les deux masses placentaires, les deux insertions des cordons sont vélamenteuses, celle correspondant au fœtus mort présente quatre branches, l'autre deux branches seulement.

Obs. III

(Service de Monsieur le Professeur COUVELAIRE)

F... M..., 38 ans, secondigeste. Admise au dortoir pour albuminurie. Rien de particulier dans les antécédents ; réglée à l'âge de 15 ans ; a, pendant longtemps, présenté des amygdalites avec abcès. On n'a jamais décelé d'albuminurie pendant ces abcès. En 1926, accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 3.340 grammes.

Dernières règles du 14 au 16 avril 1928. Gestation bien tolérée jusqu'au 22 novembre 1928. A ce moment, au cours d'un examen systématique, on trouve un gramme d'albumine dans les urines. L'albuminurie

persiste malgré le repos au lit et le régime lacté intégral. On fait une réaction de Hecht qui s'est montrée positive et on institue immédiatement un traitement au novarséno-benzol.

A l'entrée : utérus étalé, tête en bas, dos à gauche ; les bruits du cœur sont bons ; hauteur utérine, 36 centimètres. Léger œdème des membres inférieurs.

Albumine : 1 gramme par litre d'urine.

Azotémie : 0 gr. 45 par litre.

Tension artérielle : 14-8 au Vaquez.

Le 23 décembre, à 18 heures, la femme présente des contractions utérines douloureuses.

A 22 heures 45, expulsion spontanée d'un fœtus du sexe féminin, macéré, pesant 1.340 grammes. Macération ancienne avec cristallins rouges, chevauchement des os du crâne ; après cette expulsion, le diagnostic de gemellité est fait. On perçoit deux pôles : l'un dans le flanc droit, l'autre dans le flanc gauche ; bruits du cœur à 76 par minute.

Au toucher : membranes intactes, pas de présentation ; un essai de verticalisation de la présentation échoue.

A 23 heures 45, anesthésie générale au chloroforme, rupture artificielle des membranes. On fait une version podalique et extraction d'un garçon vivant pesant 2.020 grammes ; il présente un hypospadias.

Quinze minutes plus tard : délivrance naturelle complète. Masse placentaire unique d'aspect réni-forme, présentant de nombreux infarctus blancs et quelques infarctus récents rouges dans la zone cor-

respondant au fœtus macéré ; il n'y a pas d'anastomoses vasculaires entre les deux zones placentaires. Quelques infarctus rouges dans la zone placentaire correspondant au fœtus vivant. Deux poches membraneuses avec quatre membranes dans la cloison médiane.

Obs. IV

(Service de Monsieur le Professeur COUVELAIRE)

I... B..., âgée de 34 ans, secondigeste, atteinte de tuberculose pulmonaire ; évacuée de l'Hôpital Laënnec pour début de travail.

Dernières règles du 10 au 15 octobre 1928.

Le 10 juin 1929, à 15 heures 45, utérus tendu ; hauteur utérine, 34 centimètres.

Au palper : excès de liquide expliquant la tension utérine et qui gêne la palpation ; cependant, on perçoit un pôle céphalique dans la fosse iliaque droite et un autre pôle céphalique dans l'hypocondre gauche, région para-ombilicale, un seul foyer d'auscultation dans la région ombilicale.

Au toucher : dilatation complète, membranes intactes, volumineuse poche des eaux.

A 16 heures, rupture spontanée de la poche des eaux ; il s'écoule une quantité importante de liquide brunâtre, accouchement rapide en siège décomplété, d'un fœtus macéré, de sexe féminin, pesant 900 grammes.

A 16 heures 15, position transversale du deuxième fœtus qui ne peut se verticaliser ; rupture de la

deuxième poche des eaux et extraction d'une fille vivante pesant 1.300 grammes, par version podalique facile.

A 18 heures 15, la délivrance n'est pas décollée, le placenta est adhérent, l'hémorragie assez abondante.

On pratique, sous-anesthésie générale au chloroforme, une délivrance artificielle, décollement facile et extraction du placenta et du sac membraneux. Le placenta pèse 450 grammes ; deux masses distinctes, biovulaire d'aspect lavé.

Obs. V

(Service de Monsieur le Professeur COUVELAIRE)

P... A..., âgée de 27 ans, secondigeste. Mère décédée de tuberculose pulmonaire.

Réglée à 14 ans ; les règles sont peu abondantes et douloureuses.

Le 13 août 1924, accouchement naturel à terme d'un garçon vivant pesant 3.250 grammes.

Actuellement, deuxième grossesse ; les dernières règles sont du 20 ou 26 juin 1930.

Le 7 juillet, lipothimies, vomissements espacés au début, mais qui se rapprochent. Le 11 septembre, on pense à interrompre la grossesse, cependant l'état général s'améliore, mais :

Le 7 octobre douleurs abdominales et quelques pertes sanglantes et, fin novembre, arrêt des vomissements. La malade est très asthénisée, très amaigrie, toussé et crache; on trouve des bacilles de Koch dans les crachats; elle est hospitalisée à l'Hôpital Laënnec

d'où elle sort le 1^{er} avril 1931 pour entrer à la Clinique Baudelocque.

A l'examen : vergetures importantes, utérus déplacé vers la droite ; hauteur utérine, 36 centimètres ; transversalement, 43 centimètres. La paroi utérine étant peu tendue, on peut palper facilement le contenu utérin.

A gauche, on perçoit deux pôles :

- premier pôle, céphalique à l'épigastre ;
- deuxième pôle, podalique dans la fosse iliaque.

A droite : un troisième pôle dans la corne droite présentant les caractères d'un pôle podalique.

Au détroit supérieur : présentation mobile correspondant au fœtus dont on sent le premier pôle à droite. Il y a un excès de liquide manifeste.

Auscultation : foyer très net à gauche, rien sur la ligne médiane, ni à droite.

Le 11 avril 1931, à 3 heures, début du travail.

A 5 heures, rupture spontanée des membranes, dilatation petite paume.

A 6 heures 30, accouchement en occipito-pubienne d'une fille vivante pesant 3.126 grammes.

A 6 heures 40, les douleurs reprennent ; au toucher, on sent une poche des eaux tendue et, derrière, une tête présentant la crépitation en sac de noix ; pas de bruits du cœur.

6 heures 45 : rupture artificielle de la poche des eaux, expulsion immédiate en occipito-pubienne d'un enfant du sexe masculin mort et macéré sur toute la surface du corps. Le cordon est complètement infil-

tré et présente, à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, *un nœud complet très serré*. Poids du fœtus : 1.945 grammes.

Le placenta : la face utérine présente deux zones d'inégal volume et d'aspect nettement différent :

— *première zone*, large, de coloration et d'aspect normaux, correspond au premier fœtus ;

— *deuxième zone*, plus petite : séparée de la première par un sillon antéro-postérieur net et présentant de nombreuses infiltrations fibrinoïdes, correspond au fœtus macéré.

La face ovulaire, la cavité correspondant au fœtus mort et macéré est plus petite que l'autre, la cloison de séparation a quatre épaisseurs.

Gestation bivitelline. Il n'y a pas de vaisseaux de communication interplacentaire.

La macération du fœtus remonte à plus de 15 jours, dislocation complète de la boîte crânienne, desépidermisation complète. La malade a eu une montée laiteuse 1 mois 1/2 environ avant l'accouchement. On peut rapporter la mort du fœtus à cette date.

Obs. VI

(*Service de Monsieur le Professeur COUVELAIRE*)

V... Y..., âgée de 28 ans.

Parents en bonne santé. Réglée à 12 ans 1/2 ; depuis, règles régulières, abondantes mais douloureuses.

Dans l'enfance, a eu les oreillons, la coqueluche et la rougeole. Il y a quelques années, métrite du col avec Bartholinite traitée d'abord par incision, puis par extirpation de la glande.

Primigeste, dernières règles du 12 au 16 octobre 1929 ; pas d'albumine dans les urines ; gestation bien supportée jusqu'au 20 mai 1930.

Ce jour-là, métrorragie abondante, indolente et spontanée, arrêtée complètement par le repos.

Le 25 mai 1930, on trouve à l'examen un utérus irrégulier à corne gauche plus petite que la droite, fœtus en position verticale, dos en arrière et à gauche, pôle céphalique dans la corne droite

Au détroit supérieur : un pôle petit et élevé tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche ; les bruits du cœur sont bons.

Au toucher, on trouve l'excavation vide ; en appliquant la présentation, on trouve un pôle irrégulier tendant à fuir dans la fosse iliaque gauche ; en verticalisant l'utérus, on ramène le pôle au détroit supérieur. Le bassin paraît normal et on ne trouve rien s'interposant entre le doigt et la présentation.

Le 3 juillet 1930, entre à la salle de travail à 0 h. 30. A l'examen, on trouve un siège complet engagé, dos à gauche, enfant vivant, dilatation comme 5 francs. Les membranes sont rompues, les urines albumineuses. La tension artérielle est de 14-10 au Vaquez.

Vers 5 heures 30, la dilatation se complète ; on fait pousser la femme, le siège apparaît à la vulve et

progresses très lentement. On constate que le fœtus est macéré, on fait l'anse au cordon. L'enfant étant petit, on pense alors à la gemellité.

Le tronc se dégage ainsi que les bras, manœuvre de Mauriceau impossible.

En cherchant la bouche, on atteint une tête qui n'est pas dans le prolongement du cou du premier fœtus ; on pense alors à l'accrochage de deux têtes.

A 5 heures 55 on a donc :

1° Un fœtus macéré retenu par la tête ;

2° Un utérus globuleux et tendu ; au cours d'un relâchement, on entend les bruits du cœur ;

3° En suivant le cou du fœtus extrait partiellement, on arrive sur une masse du type céphalique qui occupe la partie droite de l'excavation. Ce pôle céphalique est engagé, on en suit le pourtour, on en reconnaît les sutures. Il empêche d'arriver sur l'occiput du fœtus macéré. On tente une manœuvre de refoulement qui s'avère impossible.

Anesthésie générale au chloroforme.

Embryotomie aux ciseaux ; on refoule la tête dans la cavité utérine. On sent bomber la poche des eaux du deuxième fœtus.

Rupture artificielle des membranes. Après 20 minutes : expulsion en occipito-pubienne d'un garçon vivant pesant 2.540 grammes.

A 8 heures 15, les contractions s'arrêtent ; on sent monter la tête très haut, sous le contrôle de la main ; on accroche la tête avec une pince de Museux. Extraction facile. Le poids du fœtus macéré est de

1.440 grammes ; il est macéré depuis plusieurs jours.

Délivrance spontanée : vingt minutes après.

Deux masses placentaires nettement isolées par un pont membraneux très large de 10 centimètres environ. Il est difficile d'en connaître la longueur étant donné que les membranes sont largement déchirées.

Le placenta du fœtus macéré pèse 300 grammes. bordé sur les trois-quarts de la circonférence, aplati, présentant partout à la périphérie des zones jaunâtres, d'aspect fibrinoïde, dont la coupe montre qu'elles occupent la presque totalité du placenta. Le cordon infiltré est brun foncé.

Le placenta du fœtus vivant est complet et pèse 655 grammes.

Obs. VII

(*Service de M. le Professeur COUVELAIRE*)

C.. S..., 20 ans, sans profession. Rien de particulier dans les antécédents.

Réglée à l'âge de 13 ans ; depuis, les règles sont peu abondantes, irrégulières et douloureuses.

C'est une primipare ; les dernières règles du 5 au 10 novembre 1921.

Entre à la Ma'ernité le 10 avril 1920, pour vomissements, pertes blanches abondantes, pas de pertes séro-sanglantes.

A l'examen : on ne note rien d'anormal, si ce n'est un léger excès de liquide.

Début du travail le 25 mai, à 15 heures. A 21 heures

elle est passée à la salle de travail. Dilatation comme 1 franc. Rupture spontanée tempestive des membranes, liquide opalescent.

A 5 heures, expulsion d'un fœtus mort et macéré pesant 350 grammes.

A 5 heures 10, expulsion d'un deuxième fœtus ayant fait quelques inspirations, pesant 400 grammes.

Une demi-heure après, expulsion du placenta en une seule masse discoïde, pesant 530 grammes, bi-chorial, caduque très épaisse, insertion para-centrale des cordons de 40 et 48 centimètres ; le cordon correspondant au fœtus macéré était très grêle et tordu en un grand nombre de fois sur lui-même. Le Bordet-Wassermann a été négatif.

Obs. VIII

(Service de M. le Professeur COUVELAIRE)

T... H..., âgée de 30 ans. Rien de particulier dans les antécédents. Régée à l'âge de 13 ans, ayant eu une croissance difficile avec anémie, asthénie.

Dernières règles du 1^{er} au 4 décembre 1920.

Entre le 2 août 1921 au dortoir, pour vomissements, céphalées persistantes, douleurs lombaires, pertes blanches abondantes, pas d'hémorragie. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines. Ventre volumineux en obusier ; hauteur utérine : 34 centimètres ; l'utérus est contracté ; le fœtus en position longitudinale. Siège en bas, dos à gauche ; les bruits du cœur sont bons. Le bassin est plat et généralement rétréci ; la

face antérieure du sacrum est accessible sur toute sa hauteur ; les premières pièces sacrées forment un mur peu incliné, le promontoire est accessible à 10 cm. 4.

Entre à la salle de travail le 29 août 1921, à 18 heures. Siège en S. I. D. P., membranes intactes, dilatation comme 2 francs. Au palper, on distingue difficilement le ballotement céphalique ; les bruits du cœur sont bons. En 3/4 d'heure la dilatation se complète et le siège apparaît à la vulve. Expulsion en une demi-heure d'un garçon vivant pesant 2.590 grammes.

Aussitôt après, apparition à la vulve d'une poche membraneuse contenant une tête fœtale donnant la sensation de crépitation en sac de noix. La femme fait un effort expulsif amenant l'issue d'un œuf complet pesant 540 grammes. Quelques minutes après, expulsion du placenta correspondant au fœtus vivant et pesant 410 grammes. Ces œufs sont complètement distincts. Le fœtus, macéré d'environ 4 mois, baignait dans un liquide gris sale.

Obs. IX

(Service de M. le Docteur DEVRAIGNE)

G... L..., âgée de 28 ans. Primigeste. Rien de particulier n'a été noté dans les antécédents.

Dernières règles du 5 au 10 septembre 1929.

Entre au dortoir le 20 avril 1930 pour céphalée, vomissements. Les urines sont légèrement albumineuses. La tension artérielle est de 14-8 au Vaquez.

Début des douleurs le 16 mai 1930, à 16 heures 30.

Passe à la salle de travail le 27 mai, à 11 heures. Tête engagée, membranes intactes, dilatation comme 5 francs.

A 12 heures 30, rupture spontanée des membranes et, à 13 heures, expulsion en occipito-pubienne d'un garçon mort et macéré pesant 1.200 grammes. Le liquide amniotique est couleur chocolat.

Les douleurs reprennent aussitôt. A l'examen, on sent un siège décomplété (mode des fesses) ; les bruits du cœur sont bons.

A 14 heures 30, expulsion en sacro-iliaque d'une fille vivante pesant 1.750 grammes, qui meurt après avoir fait quelques inspirations.

Une demi-heure après, délivrance naturelle complète pesant 650 grammes.

Grossesse bivitelline, le placenta correspondant au fœtus macéré était bourré d'infarctus anciens. Celui correspondant au fœtus vivant avait deux infarctus d'allure récente.

Obs. X

(Service de M. le Docteur DEVRAIGNE)

V... R..., âgée de 24 ans, de nationalité polonaise. On ne peut rien recueillir de précis sur les antécédents. Secondigeste.

Dernières règles du 12 au 18 janvier 1933. Suivie à Lariboisière. Gemellité diagnostiquée au sixième mois.

Entre le 12 octobre 1933, à 3 heures 30.

A l'examen : siège complet engagé ; on sent une tête dans l'hypocondre droit, le palper est très difficile à pratiquer.

Au toucher : siège complet engagé en S. I. G. A. Dilatation à petite paume. La poche des eaux est intacte ; les bruits du cœur sont bons.

A 5 heures 10, dilatation complète, rupture artificielle de la poche des eaux.

A 5 heures 20, expulsion en sacro-pubienne, manœuvre de Mauriceau facile, d'une fille vivante pesant 2.800 grammes.

A 5 heures 35, formation d'une deuxième poche des eaux, rupture artificielle des membranes ; la présentation, de consistance très molle, paraît être un sommet.

A 5 heures 40, expulsion en occipito-pubienne d'un garçon mort et macéré pesant 1.800 grammes.

Vingt minutes après, délivrance naturelle complète pesant 790 grammes. Une seule masse placentaire, bichoriale, biamniotique. L'insertion du cordon du fœtus macéré est vélamenteuse.

PATHOGENIE

La mort d'un fœtus au cours d'une grossesse gemellaire peut être due à des causes générales ou locales, qui peuvent agir de façon différente suivant le moment de la gestation.

De nombreux auteurs ont pensé que de semblables faits étaient plus fréquents qu'on ne le disait, surtout dans les premières semaines de la gestation.

Davenport croyait que la grossesse commençait toujours par la fécondation de plusieurs embryons et que, dans le plus grand nombre des cas, un seul survivait.

En 1913, Bar, présentant un cas clinique à la Société Obstétricale de Paris, s'exprime ainsi :

« Dans la grossesse gemellaire univitelline mono-amniotique, le fœtus peut — et c'est probablement un fait commun — succomber très tôt et, dans ce cas, se dissoudre. Seul un centre stellaire de vaisseaux sur le placenta restera comme manifestation de la nature gemellaire de la grossesse à son début. Ne peut-on se demander si un certain nombre de placentas, à la surface choriale desquels on observe comme un centre vasculaire particulier, ne seraient pas des placentas de grossesse gemellaire univitelline mono-amniotique avec un des fœtus mort très précocement ? »

Cette théorie très séduisante n'est qu'une hypothèse, nous ne nous y arrêtons pas, pour nous occuper seulement des cas indiscutables de grossesses gemellaires où l'un des fœtus est mort *in utero*.

CAUSES GÉNÉRALES :

Parmi les causes générales, il est certain que la syphilis peut être incriminée dans un certain nombre de cas.

La grossesse gemellaire univitelline est une grossesse anormale dans l'espèce humaine et l'on sait que ces anomalies de fécondation ou de segmentation s'observent fréquemment chez les syphilitiques.

Il est très difficile de savoir comment la syphilis agit, mais nous pensons que, comme dans les cas de grossesse double, elle peut agir par des lésions placentaires, funiculaires ou fœtales qui, selon l'intensité de la défense placentaire, a pu toucher un fœtus et respecter l'autre, tout au moins lui permettre de vivre jusqu'au terme de la grossesse.

Une malformation placentaire a pu, en diminuant la résistance d'un fœtus, favoriser la cause générale de mort du fœtus *in utero*, en l'occurrence, la Syphilis.

A côté de la syphilis, l'intoxication gravidique peut provoquer *in utero* la mort de l'un des fœtus, mais il est difficile de savoir comment la toxémie gravidique modifie les conditions biologiques d'un seul jumeau au point que ce dernier meure en cours de gestation, alors que le second jumeau a un développement normal.

La mort d'un fœtus peut être expliquée lorsqu'il existe des infarctus prédominant au niveau de son placenta.

La zone placentaire étant devenue insuffisante pour assurer la nutrition du fœtus, alors que l'autre placenta, peu ou pas touché par des infarctus, a pu assurer au fœtus correspondant les moyens d'arriver jusqu'au terme. Cette explication pathogénique très plausible semble correspondre à quelques cas cliniques (observations n° III et n° IX). D'ailleurs, là, la cause générale a agi par l'intermédiaire de la cause locale qu'elle a créée.

Enfin d'autres facteurs généraux, d'ordre toxique, pourraient être d'une action lente, avec une intensité réduite ce qui les rend difficile à dépister.

CAUSES LOCALES :

Il semble que les causes d'ordre général de mort fœtale ne sont pas aussi fréquentes que les causes d'ordre local. En premier lieu, ces causes locales consistent avant tout en un développement insuffisant d'un des placentas, expliqué par une mauvaise greffe de l'œuf. L'un des œufs étant greffé en un point favorable de la muqueuse utérine, un deuxième œuf peut venir se greffer ultérieurement, sur une muqueuse déjà modifiée et beaucoup moins favorable à son développement. Il est fréquent de voir dans une gestation gemellaire, la zone placentaire correspondant à un des deux jumeaux se greffer sur une partie de l'utérus ne permettant pas son développement normal

Dans les insertions basses, on voit le plus souvent des zones de dégénérescence placentaire ; ce sont ces différences dans la nature des placentas qui expliquent les différences de poids et d'aspect des jumeaux lorsque ceux-ci naissent vivants. Ces différences sont tellement marquées parfois, qu'on peut se poser la question d'une superfécondation possible. Il est aisé de concevoir que l'exagération de ces conditions défectueuses puisse amener la mort de ce jumeau. De même une anomalie dans le développement d'un des placentas peut s'observer dans des cas d'endométrite ou d'utérus fibromateux. A côté des dégénérescences placentaires, une cause locale, que nous avons relevée cinq fois dans nos observations, tient au cordon.

L'insertion vélamenteuse du cordon (observations n° II et n° X), fréquente dans la grossesse gemellaire, ne permet pas le plus souvent un développement aussi normal du fœtus que lorsque le cordon est inséré au centre du placenta. D'autre part, l'excès de liquide fréquent dans la grossesse gemellaire univitelline, favorise la torsion du cordon sur lui-même (observation n° I), et même les nœuds du cordon (observation n° V).

Il se peut que la mort du fœtus soit due à une phlébite syphilitique du cordon ; Brindeau et Manquélian ont attiré l'attention sur cette phlébite et pour ces auteurs elle serait assez fréquente.

La mort d'un des fœtus peut, enfin, être expliquée par une malformation fœtale. Mais pour la mettre en

évidence, il faudrait que la malformation fœtale se soit produite tardivement ; dans les cas contraires, les examens anatomo-pathologiques du fœtus ne permettraient pas de la déceler, étant donnée la transformation profonde subie par les organes.

Dans les grossesses univitellines, il existe une cause locale due aux anastomoses entre les circulations des deux fœtus. On sait que, à cause de ces anastomoses, un fœtus peut vivre au détriment de l'autre et si les anastomoses superficielles ne compensent pas cette inégalité causée par les anastomoses profondes, un des fœtus peut très bien mourir.

Vermelin, après Schatz, a insisté sur le rôle que peuvent jouer les anastomoses vasculaires dans la mort d'un des fœtus.

On pourrait en conclure que la grossesse univitel-line favorise la mort *in utero* d'un des jumeaux quelle que soit la façon par laquelle cette grossesse agisse.

Cependant cette prédominance ne nous a pas paru aussi nette qu'il est classique de le dire.

Des 10 observations que nous avons recueillies, une seule concernait une grossesse unichoriale, alors que le pourcentage des grossesses unichorales est de 2/10^e environ par rapport au nombre total des gestations gémellaires. Nous ne pouvons évidemment pas tirer de conclusions d'une statistique aussi peu importante, mais il nous a semblé intéressant de signaler que la mort fœtale *in utero* d'un des jumeaux était loin d'être l'apanage de la gestation univitelline.

CLINIQUE

Les signes cliniques varient, selon que la mort du fœtus est survenue à un âge de la grossesse plus ou moins avancé. Si la mort de l'un des fœtus survient dès les premières semaines de la gestation, il est certain qu'aucun signe clinique n'attirera l'attention et que le diagnostic ne pourra être fait que par un examen minutieux de la délivrance. Un fœtus aplati, contenu dans une petite poche membraneuse, peut très bien passer inaperçu. A la suite d'un avortement gémellaire, il peut arriver de trouver parfois un œuf clair et un œuf complet.

Si la mort fœtale survient vers le troisième ou le quatrième mois, il sera possible de la soupçonner. En effet, lorsque la femme a été examinée régulièrement dès le début de la grossesse, on a pu noter une discordance entre le développement de l'utérus, et celui qu'il devrait être, d'après la date des dernières règles, puis brusquement cette discordance disparaît, l'utérus cessant de grossir anormalement, restant stationnaire pendant un certain temps ou n'augmentant plus, comme dans le cas d'une grossesse simple. Parfois, il est possible de voir diminuer les signes d'intoxication gravidique du début.

La radiographie serait d'un utile secours à partir du quatrième mois, mais les renseignements qu'elle

peut nous fournir seront d'autant plus précis que la grossesse sera plus avancée, permettant des images fœtales plus nettes. Si le diagnostic a été soupçonné pendant la grossesse, il ne pourra être affirmé que par l'examen de la délivrance. Le fœtus présente souvent l'aspect typique du fœtus en pain d'épices, aplati et brunâtre, le plus souvent il est très modifié mais on peut toujours reconnaître dans cette petite masse, une tête, un tronc, des membres. C'est le fœtus « compressus papyraceus », pour lequel, d'après Schuzt, qui en a étudié 12 cas, la mort serait survenue vers le troisième mois.

Après le cinquième mois, les signes sont beaucoup plus nets. La femme peut ressentir des modifications dans son état. Les mouvements qu'elle sentait nombreux et forts peuvent diminuer ; de plus, elle constate que son abdomen reste stationnaire ou ne grossit pas avec la même intensité. Ce fait est d'ailleurs constaté à l'examen clinique.

Ce qui est intéressant à noter, c'est l'absence de montée laiteuse, en opposition à ce qui se passe lors de la mort *in utero* d'un fœtus unique. Il semble que la présence dans l'utérus d'un fœtus vivant empêche la montée laiteuse.

Cependant, dans une seule de nos observations (observation n° V) la malade a eu une montée laiteuse un mois et demi avant l'accouchement, et le degré de macération du fœtus mort semblerait faire remonter à cette date la mort du fœtus.

L'examen physique vient confirmer ce que les mo-

difications des signes fonctionnels pouvaient laisser prévoir.

Une signe important est l'arrêt ou le ralentissement du développement de l'utérus. Ce signe est cependant loin d'avoir une valeur absolue, car une diminution du liquide amniotique peut donner les mêmes signes.

La disparition d'un foyer de battements cardiaques, lorsqu'un examen antérieur avait permis d'en situer deux très distincts, est un symptôme très important. Lorsque, par des auscultations minutieuses on n'entend plus qu'un foyer de battements, on doit penser à la mort très probable d'un des fœtus. La palpation donne moins de renseignements. D'ailleurs, dans les grossesses gémellaires, le palper est souvent très difficile, du fait de la tension de l'utérus. Enfin, le fœtus mort reste longtemps sans présenter de modifications sensibles à la palpation.

Il n'y a que dans les cas où la tête fœtale est facilement accessible, que la mort fœtale pourrait être confirmée, — soit par le palper (fond utérin), soit par le palper combiné au toucher vaginal (détroit supérieur ou excavation. — Un des signes caractéristiques de mort fœtale est la crépitation en sac de noix traduisant le chevauchement des os de crâne.

Dans ce cas, et surtout lorsque le palper ne permet pas d'obtenir des renseignements nets, la radiographie apporte la confirmation du diagnostic ; elle pourra montrer une attitude spéciale et anormale des membres ou de la colonne vertébrale de l'un des

fœtus, alors que l'autre fœtus a une attitude normale. Mais c'est avant tout la radiographie du crâne qui montre le signe caractéristique, qui est la traduction radiologique du signe de la crépitation en sac de noix, le chevauchement des os du crâne.

Le plus souvent, l'accouchement ne présente pas de particularités et se présente comme un accouchement gémellaire normal. Lorsque l'un des fœtus est mort depuis longtemps, il est possible de voir après l'accouchement du fœtus vivant, la sortie en bloc dans le sac ovulaire du fœtus mort et macéré et du placenta. Lorsque le fœtus mort se présente le premier, comme dans le cas de rétention placentaire on remarque que la poche des eaux est flasque et piriforme. Si on n'y avait pas pensé avant, la coexistence d'une poche des eaux flasque et piriforme avec une auscultation positive, peut faire penser à une gestation gémellaire avec mort *in utero* de l'un des deux fœtus. Il est possible de voir, même en cas de grossesse bivitelline, des altérations du liquide amniotique du fœtus vivant ; ce fait ne peut être expliqué que par transudation du liquide à travers la cloison membraneuse qui sépare les deux œufs.

Il est intéressant de noter la tolérance de l'utérus vis-à-vis du fœtus mort, et surtout l'absence d'influence de la mort d'un fœtus sur l'autre dans les cas de grossesse univitelline.

Tarnier, en 1881, montrait que : « l'injection à des lapines de sang pris dans le cœur de fœtus macérés qui viennent d'être expulsés, ne produit jamais

aucune altération, ni aucun trouble ». De ce fait, il concluait que : « dans le cas où il y a communication entre les deux circulations fœtales, le sang du fœtus mort n'est pas toxique pour l'autre jumeau et ne peut porter aucune atteinte à sa vie ».

La délivrance ne présente pas d'autres particularités que celles rencontrées dans la grossesse gémellaire normale. Un seul fait est la fréquence d'expulsion en bloc du fœtus mort et de la délivrance dans le sac ovulaire complet.

L'examen soigneux de la délivrance permet souvent de trouver une cause à la mort du fœtus.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic se pose de façon très différente, selon l'âge de la mort du fœtus. En effet, lorsque la mort du fœtus est survenue tardivement, les signes sont peu nets.

Le diagnostic doit passer par deux stades :

1° S'agit-il d'une grossesse gémellaire ?

2° Si la grossesse gémellaire est confirmée, l'un des fœtus est-il mort ?

1°) Le diagnostic de grossesse gémellaire se pose comme dans les cas normaux avec la grossesse simple avec gros œuf et avec hydramnios, hydramnios pouvant d'ailleurs coexister avec une grossesse gémellaire. Un diagnostic important est le cas de grossesse simple associée à une tumeur (fibrome ou kyste). Le palper, souvent très difficile, peut faire prendre un fibrome pour un pôle fœtal, ou un kyste de l'ovaire pour un œuf contenant un fœtus mort. Mais actuellement, la radiographie apporte rapidement la confirmation dans les cas de diagnostic clinique difficile ou impossible.

2°) Les signes qui caractérisent la mort de l'un des fœtus sont peu nombreux au cours de la grossesse. Seuls ont de la valeur :

1° Un seul foyer de battements cardiaques ;

2° La position anormale d'un membre ou du rachis sur une radiographie ;

3° Le chevauchement des os du crâne.

La constatation, au cours du travail, d'un liquide chocolaté avec la persistance d'un foyer de battements cardiaques, est la caractéristique d'une grossesse gémellaire avec mort *in utero* de l'un des fœtus.

Pendant la grossesse, il est impossible de pousser plus loin le diagnostic et de savoir si on a affaire avec une grossesse uni ou bivitelline. Les antécédents de syphilis acquise ou héréditaire et la constatation d'un hydramnios pourront faire penser à la grossesse univitelline, mais ce ne sera qu'une hypothèse et le diagnostic de variété ne pourra être fait que par l'examen du placenta.

Faire le diagnostic de la date de la mort du fœtus peut avoir son importance. A moins de signes cliniques nets tels que : (suppression brusque des mouvements du fœtus d'un côté de l'utérus, suppression brusque d'un foyer de battements cardiaques constatée à la suite d'examens rapprochés), la date de la mort d'un des fœtus ne pourra être donnée que de façon très approximative.

Rouvier, d'Alger, fait observer que la mort fœtale peut survenir à la suite de troubles qui ont, pendant quelque temps, gêné le développement du fœtus, par exemple gêne, puis arrêt de la circulation par torsion, par tiraillement, ou par nœud de cordon; dans ces conditions, si l'on essaie de rattacher la date de

la mort fœtale à la période de développement du fœtus, ce dernier paraîtra plus jeune que son âge au moment de sa mort.

Balthazard et Pièdelièvre (*Bull. Ac. de Méd.*, 1920) font observer que la mort peut se produire en submersion intra-utérine, toutes les fois que le fœtus souffre d'une asphyxie lente, à la suite d'insuffisance prolongée de la circulation placentaire et ombilical. Dans ces cas, le fœtus est toujours plus âgé que ne l'indique son âge. Dans une expertise médico-légale il sera prudent de ne pas trop préciser l'âge du fœtus d'après son poids (Vermelin).

TRAITEMENT

1° PENDANT LA GROSSESSE :

Aucune thérapeutique obstétricale ne doit être faite. On devra seulement rechercher la cause de mort fœtale (intoxication gravidique, syphilis) et instituer le traitement adéquat en vue de sauver le jumeau restant.

Il n'y a que dans le cas où la poche de eaux du fœtus mort arriverait à se rompre, c'est pour éviter l'infection amniotique, que l'on serait amené à évacuer l'utérus. Cette éventualité, que nous n'avons jamais rencontrée, doit être rare.

2° PENDANT LE TRAVAIL :

L'accouchement est presque toujours normal; dans un seul cas (observation n° VI) nous avons rencontré un accrochage des deux têtes. Il est évident que, dans un cas semblable, on doit tout mettre en œuvre pour respecter l'enfant vivant et mutiler l'enfant mort. Là encore, la nécessité de terminer l'accouchement rapidement pour éviter l'infection amniotique, en cas de rupture de la poche des eaux du fœtus mort, peut se présenter.

3° PENDANT LA DÉLIVRANCE :

La conduite à tenir ne présente rien de spécial. On devra préciser le diagnostic étiologique de façon

à empêcher le retour d'un pareil accident au cours des gestations ultérieures.

4° APRÈS L'ACCOUCHEMENT :

Si on a l'impression que c'est la syphilis qui est la cause de la mort foetale, il ne faudra pas hésiter à faire à la mère un traitement antisyphilitique.

PRONOSTIC

Le pronostic maternel est bon et le même que dans la gestation gémellaire normale.

Le pronostic du fœtus vivant est à réserver dans un certain nombre de cas et défend, en dehors de la prématurité fréquente, de la cause de la mort de l'autre jumeau.

Bien que la syphilis soit le plus souvent difficile à mettre en évidence, il faut tout de même penser qu'elle est très souvent la cause de mort fœtale et que le fœtus vivant bénéficierait, dans un grand nombre de cas, du traitement antisyphilitique.

Par contre une cause locale, ayant amené de façon purement accidentelle la mort d'un des jumeaux, n'aura aucune influence sur le développement de l'autre.

CONCLUSIONS

I. — La mort *in utero* d'un des fœtus dans la gestation gémellaire est un fait extrêmement rare.

II. — Cette mort présente un intérêt pathogénique et un intérêt clinique.

III. — La mort du fœtus est de cause générale (syphilis, intoxication gravidique) ou locale (dégénérescence placentaire ou lésions du cordon). Dans certains cas, la cause sera impossible à préciser.

IV. — Contrairement à l'opinion classique, la mort d'un des jumeaux *in utero* ne nous pas a paru plus fréquente dans les gestations unichoriales que dans les gestations bichoriales.

V. — Le diagnostic est rarement fait lorsque la mort se produit dans la première moitié de la gestation ; pendant la deuxième moitié, la radiographie viendra confirmer les probabilités cliniques.

VI. — L'examen détaillé de l'œuf gémellaire, et particulièrement des circulations placentaires, est in-

dispensable pour élucider la cause de la mort foetale et instituer un traitement en vue des gestations ultérieures.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABUREL (E.). — La mort d'un jumeau au cours de la grossesse gémellaire (*Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, 25, 510-518, avril 1930).
- ADAM ET VERMELIN. — Grossesse gémellaire avec transformation papyracée de l'un des fœtus (*Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 1920, p. 420).
- AVELLA. — Causes de la mort d'un des fœtus « *in utero* » dans la grossesse gémellaire (*Gynécologie*, 32, 473-493, septembre 1933).
- BALTHAZARD ET PIÉDELIÈVRE. — La mort du fœtus par submersion intra-utérine (*Bulletin Soc. Obst.*, Paris, 6 mars 1933).
- BIDOIRE. — Présentation d'un placenta univitellin mono-amniotique avec un fœtus mort et l'autre vivant (*Bull. Soc. d'Obst. Gyn.*, 22, 276-277, 1933).
- BOISSARD. — Femme enceinte et fœtus macéré (*Bull. Soc. Obst.*, 1920).
- BAUDELLOCQUE. — Traité de l'art des accouchements, 1722.
- BAUME ET VIDAL. — Grossesse multiple : mort d'un ou plusieurs fœtus, présentation d'une pièce de grossesse triple et d'une pièce de grossesse gémellaire (*Soc. des Services Méd. et Biol. de Montpellier*, décembre 1924).
- BRAUSSE. — Grossesse gémellaire avec mort de l'un des fœtus et accouchement à terme du fœtus restant (*Marseille Médical*, 2, 125-126, 25 juillet 1932).

- BUBRI (Halifax). — Avortement d'un jumeau, accouchement du second à terme (*The Canadian Medical Association Journal*, février 1928).
- CAFFREY. — Umbilic cord encircling neck and its relations in intraportum Complication (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 1927).
- COMMANDEUR ET EPARVIER. — Dystocie par accrochage des têtes dans un accouchement gémellaire (*Bull. Soc. Obst.*, 1923).
- CROTTY (G.). — Fetus papyraceous'm twin pregnancy report of case (*Am. J. Obst. Gyn.*, 30, 296-287, 1935).
- DAVENPORT. — Influence of the male in the production of human twins (*American Naturaliste*, 1851).
- DEL CARPIO. — Sulle condizioni della morte dei prodotti di un parto quadrifemino (*Arch. di Anthropol. Crim.*, supp. 50, 1284-1298, 1930).
- DÉPAUL. — Grossesse gémellaire avec mort d'un fœtus « in utero » (*Société Anatomique de Paris*, 1851).
- EDMUNDS R. — Twin frequency with one living full term child and one fetus papyraceous (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 29, 600-602, 1935).
- GALLO-CARMINO. — Syphilide e gravidanza gemellare (*Pediatrics*, 1925, de la *Revista Italiana*).
- GAY. — Mort d'un fœtus au cours d'une grossesse gémellaire (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1931).
- ETHARIDGE. — *Bull. Soc. Gyn. de Chicago* (décembre 1885).
- FALSIN M.-V. et LANDA P.-A. — Muerte de un de los fœtus durante el curso de un embarazo gemelar por torsion del cordon ombilical (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, 1928).
- LANDA. — Death of one fetus in twin pregnancy due to torsion of umbilical cord (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, New-York, 1928).

- LARRIBÈRE et LAFFONT. — Grossesse gemellaire bivitelline ; accouchement à terme d'un enfant macéré depuis 15 jours et d'un enfant vivant (*Soc. d'Obst. et Gyn.*, 18 : 617, novembre 1929).
- MAURICEAU. — Traité sur la maladie des femmes grosses, 1694.
- MEYER S. — Grossesse gemellaire. Syphilis des deux placentas. Mort d'un seul enfant (*Soc. Gyn. et Obst. de Strasbourg*, p. 556).
- PEU. — Traité pratique d'accouchement, 1694.
- ROUVIER. — Grossesse gemellaire bi-ovulaire interrompue à la fin du huitième mois ; expulsion d'un jumeau vivant et d'un jumeau mort et macéré, ayant succombé vers le milieu du sixième mois par suite de torsion du cordon (*Bull. Soc. Obst.*, 1921).
- SNOECK J. — Mort d'un fœtus au cours d'une grossesse gemellaire bivitelline (*Soc. belge de Gyn. et Obst.*, mai 1933).
- TURIBIO BRAZ. — Un caso de fœtus papyroceus (*Revue Gyn. et Obst.*, juin 1935).
- VERMELIN et ADAM. — Deux gemellaires avec un jumeau mort (*Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 1920).
- VORON. — Gemellaire univitelline avec jumeau macéré (*Lyon Médical*, 1913).
- VORON et BOUVIER. — Grossesse gemellaire : fœtus compressus ; vastes lésions cutanées, congénitales, chez le fœtus survivant (*Bull. Méd. des Bouches-du-Rhône*, décembre 1928).



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° **42, QUAI GAILLETON, 42** °°

°° °° °° °° **LYON** °° °° °° °°



